

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹¹Arbitraje Médico, CONAMED

Síntesis de la queja

Paciente asmática que por presentar fiebre y tos fue llevada a Hospital Público, donde la dieron de alta argumentando que estaba bien. Por no exponerla una vez más a la negligencia de los médicos del Hospital Público, en donde iba a tener que esperar una hora o más a que la atendieran, fue internada en Hospital Particular, donde diagnosticaron bronconeumonía intrahospitalaria.

Resumen clínico

5 de diciembre de 2006, 11:00 horas, nota de Admisión: Femenino de tres años de edad, asmática, última crisis hace un mes. Sus familiares refieren que inició con fiebre (39° C), tos persistente muy productiva e hiporexia. Peso 11 kg, frecuencia cardíaca 106 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto, temperatura 37.2° C. Exploración física: faringe leve hiperemia, campos pulmonares ventilados (leve hipoventilación), no espasmo, abundantes secreciones; área cardíaca sin compromiso. Abdomen blando, peristalsis presente, llenado capilar 2, resto sin datos patológicos. Ingresar fundamentalmente para manejo anticongestivo, control y vigilancia térmica; se indica dieta blanda, sin irritantes de 1,050 calorías, amoxicilina 2.5 mL vía oral cada 8 horas; salbutamol 1.5 mL vía oral cada 8 horas, ambroxol 2 mL vía oral cada 8 horas, paracetamol 22 gotas vía oral cada 8 horas, celestone 12 gotas vía oral cada 8 horas; micronebulizaciones con 2.5 mL, agua bidestilada 2.5 mL, solución fisiológica 3 mL, salbutamol 0.3 mL dexametasona; terapia pulmonar cada 4 horas. Ingresar en el Servicio de Pediatría.

Pediatría, historia clínica: Antecedentes heredo-familiares: abuela con diabetes, asma y tabaquismo. Antecedentes personales patológicos: cuadros frecuentes de tos con sibilancias, faringoamigdalitis de repetición y neumopatías. Inicia padecimiento actual tres días previos a su ingreso con tos en accesos, persistente, muy productiva, hiporexia; antecedente de hospitalización un mes antes por crisis asmática. Exploración física: hipoventilación pulmonar, no sibilancias, no estertores. *16:00 horas, nota de evolución:* Temperatura: 36.5° C., frecuencia cardíaca 130 por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto; tolera la vía oral. Cam-

pos pulmonares ventilados, rudeza respiratoria, estertores subcrepitantes gruesos y transmitidos, sibilancias bilaterales aisladas. *22:30 horas, nota de evolución:* Temperatura 36.5° C., frecuencia cardíaca 120 por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto. Campos pulmonares ventilados, sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos.

6 de diciembre de 2006, 9:00 horas: Tolerar la vía oral, excretas al corriente, afebril, sólo presenta tos. Frecuencia cardíaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto. Se inicia manejo con antileucotrienos. *15:10 horas, nota de evolución:* Temperatura: 36.5° C., frecuencia cardíaca 130 por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto. Escasa tolerancia a la vía oral; rudeza respiratoria, campos pulmonares ventilados, sin estertores, sin sibilancias; ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad; buen llenado capilar. Evolución insidiosa, betalactámico intravenoso. *21:10 horas, nota de evolución:* Diagnóstico de crisis asmática más fiebre, se reporta con signos vitales estables; activa, reactiva, orofaringe hiperémica; sin alteración respiratoria, sólo rudeza respiratoria. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Biometría hemática dentro de valores normales, radiografía de tórax con aumento de la trama bronquial y acúmulo de secreciones parahiliares. Hace 15 días ingresó por el mismo cuadro asmático. Al egreso efectuar estudios: exudado faríngeo, inmunoglobulina E, eosinófilos en moco nasal, control por Consulta Externa. *Resultado de biometría hemática:* Hemoglobina 12.2, hematócrito 36.4, leucocitos 6,200, plaquetas 255,000.

7 de diciembre de 2006, nota de evolución: Crisis asmática remitida, frecuencia cardíaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, alerta, orientada, hidratada, orofaringe hiperémica, sin exudados; campos pulmonares ventilados, sin agregados; ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad; abdomen blando, depresible. Paciente estable, evolución favorable, broncoespasmo remitido, cursando con infección de vías aéreas altas, se decide su egreso por mejoría, continuando manejo de manera externa. Se refiere al Servicio de Alergología por cursar con cuadros frecuentes de hiperreactividad bronquial. *Nota de Referencia al Servicio de Alergología Pediátrica:* Diagnóstico: hiperreactividad bronquial; ha requerido cuatro internamientos por presentar broncoespasmo, responde favorablemente a Beta 2

agonistas y manejo de esteroides con esquemas cortos. Se envía para valoración y tratamiento.

7 de diciembre de 2006, 13:00 horas, Hoja de egreso hospitalario: Hidratada, tolera la vía oral, emuntorios al corriente; sin datos de dificultad respiratoria, campos ventilados. Se decide su egreso por mejoría. Temperatura 36.5 °C., frecuencia cardíaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto. Indicaciones: Ampicilina 3 mL cada 6 horas por 5 días; montelukast 5 mg cada 24 horas vía oral, paracetamol un gotero cada 8 horas, por razón necesaria. Cita abierta al Servicio de Urgencias, cita a Consulta Externa de Pediatría en cinco días.

Expediente clínico, hospital privado

7 de diciembre de 2006, 18:45 horas: Asiste a consulta por presentar cianosis, dificultad respiratoria, Silverman 4/5 y rechazo a la vía oral. Tiene estertores broncoalveolares diseminados, de predominio derecho, requiere internamiento para manejo. Diagnósticos: bronconeumonía, bronquiolitis. Indicaciones: ayuno, carga rápida para una hora, solución Hartmann 400 mL; soluciones para 8 horas; ceftriaxona 450 mg intravenoso cada 12 horas; amikacina 250 mg intravenoso cada 24 horas. Nebulizar con media ampolla de Combivent (ipratropio/salbutamol) y media de Pulmicort (budesonida) tres veces al día; hidrocortisona 80 mg intravenoso cada 12 horas. Realizar biometría hemática y radiografía de tórax. *Resultados de laboratorio:* Hemoglobina 11.7, hematócrito 36.1, leucocitos 9,800, linfocitos 49, bandas 4%, segmentados 43%.

8 de diciembre de 2006, nota de evolución: Aún estertores, mejor hidratada, se inicia vía oral. Radiográficamente bronconeumonía. Biometría hemática con bandas. Indicaciones: iniciar vía oral a complacencia; soluciones para 12 horas, resto igual. *9 de diciembre de 2006:* realizar radiografía de tórax. *10 de diciembre de 2006, indicaciones:* Soluciones para vena permeable; nebulizador dos veces al día, resto igual. *11 de diciembre de 2006, sin hora:* Alta.

Para el estudio del caso, se aportó radiografía de tórax del 7 de diciembre de 2006, la cual mostró aumento de la trama bronquial hilar y parahilar bilateral. Así como radiografía de tórax del 10 de diciembre de 2006, que mostró aumento de la trama bronquial hilar y parahilar bilateral, con disminución respecto a la radiografía previa.

Análisis del caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura especializada, el asma bronquial es una alteración inflamatoria crónica, caracterizada por obstrucción al flujo aéreo, que puede ser total o parcial-

mente reversible con o sin tratamiento específico. En personas susceptibles, la inflamación puede causar broncoespasmo recurrente o persistente, ello produce diversos síntomas: sibilancias, disnea, opresión torácica, tos de predominio nocturno y después del ejercicio, entre otros.

Las interacciones entre factores ambientales y genéticos resultan en inflamación de la vía aérea, esto limita el flujo aéreo, genera cambios funcionales y estructurales (broncoespasmo, edema de la mucosa e hipersecreción).

En la mayoría de los pacientes pediátricos, el asma se presenta antes de los cinco años de edad, y hasta en 50%, antes de los 3 años. Durante una crisis, pueden presentarse sibilancias, opresión torácica y tos seca. Otros datos inespecíficos son: preescolares con historia de bronquitis recurrente, bronquiolitis o neumonía, tos persistente con cuadros gripales. La mayoría de los pacientes con bronquitis crónica o recurrente tienen asma. En efecto, el asma, es el diagnóstico subyacente más común en niños con neumonía recurrente.

El diagnóstico diferencial, debe efectuarse con broncodisplasia, aspiración de cuerpo extraño, anillo vascular, infecciones broncopulmonares, etc. Entre los estudios auxiliares de diagnóstico, se encuentran: espirometría, biometría hemática para cuenta de eosinófilos, IgE séricas, eosinófilos en moco nasal, radiografía de tórax y de senos paranasales.

Si se determina fondo alérgico, se debe indicar manejo para desensibilización, además de Beta 2 agonistas; durante la crisis Beta 2 agonistas de corta acción y esteroides inhalados. También se pueden utilizar modificadores de leucotrienos como manejo preventivo.

Por otra parte, en términos de la literatura especializada, la neumonía es resultado de la inflamación del espacio alveolar y puede comprometer el intercambio gaseoso. Esta inflamación resulta de la invasión por bacterias, hongos o virus, pero también puede ser producida por químicos (broncoaspiración).

En preescolares, generalmente existen antecedentes de infección de vías aéreas superiores antes del inicio de sintomatología. La tos es el síntoma más común, puede producir vómito; la presencia e intensidad de la fiebre, así como de insuficiencia respiratoria, dependen del agente causal, los más frecuentes son *Streptococo pneumoniae*, *H. Influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* y virus.

La exploración física permite determinar el grado de insuficiencia respiratoria, al valorarse la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presencia de cianosis, el uso de músculos accesorios para la respiración, etc. En el diagnóstico diferencial se debe incluir: asma, bronquitis, inhalación de humo, entre otros. En los estudios de laboratorio, la biometría hemática puede mostrar leucocitosis, aunque no siempre; por su parte, las radiografías de tórax, permiten determinar ex-

tensión de la condensación. El objetivo del tratamiento debe ser erradicar la infección y prevenir complicaciones.

En el presente caso, la menor fue llevada al Servicio de Urgencias del Hospital Público demandado, el 5 de diciembre de 2006, por presentar fiebre de 39°C., tos persistente, productiva e hiporexia. A su ingreso, presentaba frecuencia cardíaca 106 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto, faringe hiperémica, campos pulmonares con leve hipoventilación, sin espasmo y abundantes secreciones. Por lo anterior, se hospitalizó para manejo anticongestivo, control y vigilancia, según lo demuestra la nota de Admisión.

En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica, por cuanto hace a esta atención, pues el personal médico cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, atendiendo al cuadro clínico que presentaba la paciente.

De las notas médicas, se desprende que se inició tratamiento mediante amoxicilina, salbutamol, ambroxol, paracetamol, dexametasona y micronebulizaciones, lo cual se ajustó a lo establecido por la literatura de la especialidad.

El primer día de hospitalización, la paciente presentaba rudeza respiratoria y algunos estertores subcrepitantes, no tenía sibilancias, ni fiebre, y aceptaba la vía oral. Durante el internamiento, se realizó biometría hemática, la cual fue reportada en parámetros normales, según lo acredita el resultado del 6 de diciembre de 2006. Por su parte, la radiografía de tórax mostró aumento de la trama bronquial y acúmulo de secreciones parahiliares, como lo establece la nota de evolución de las 21:10 horas.

Así mismo, de las notas médicas se desprende, que la evolución de la paciente fue hacia la mejoría, con remisión tanto de la rudeza respiratoria como de los estertores, continuando afebril, sin sibilancias, reportándose por signos vitales dentro de parámetros normales para la edad de la paciente y condiciones de salud estables. Por lo anterior, se decidió el egreso del Servicio el 7 de diciembre de 2006, con indicación de continuar con ampicilina hasta terminar esquema, paracetamol, y montelukast, como lo acredita la hoja de egreso hospitalario de la citada fecha. Además, la paciente fue referida a Hospital con mayor capacidad resolutive para que recibiera atención especializada por el Servicio de Alergología, esto fue acreditado mediante la nota de referencia.

En esos términos, fue demostrado que la atención brindada a la paciente por el personal médico del Hospital Público demandado, fue conforme a lo establecido por la *lex artis* pediátrica.

Ahora bien, de las constancias aportadas para el estudio del caso, se desprende que la atención que recibió la menor en medio privado, no fue a consecuencia de mal *praxis* del demandado. En efecto, fue acreditado que los familiares de la paciente, de manera voluntaria, y sin que

mediara mora o negativa del Servicio, asistieron al Hospital privado, inhibiendo así al Hospital demandado para continuar la atención.

Al respecto, los familiares de la paciente en su queja, manifestaron que la menor fue internada en el Hospital Privado debido a bronconeumonía intrahospitalaria; sin embargo, no fue demostrada tal aseveración. Sobre el particular, es necesario señalar, que no se aportaron notas médicas de evolución que sustentaran el cuadro clínico de la paciente, y las radiografías presentadas no fueron concluyentes para acreditar bronconeumonía.

En esos términos, no puede tenerse por cierta, la versión de los familiares, en el sentido de que la atención de la menor en medio privado fue generada por mala práctica del personal médico del Hospital Público.

Apreciaciones finales

- No se observaron elementos de mala práctica, atribuibles al personal médico del Hospital demandado, pues se atendieron las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.
- La atención ulterior que recibió la menor por facultativos distintos al demandado, no fue a consecuencia de mala práctica.
- No se demostró la bronconeumonía aducida por los familiares de la paciente.
- En el caso a estudio, se incluyó la atención médica brindada en el Hospital Privado para la valoración integral del acto médico; sin embargo, no se hacen pronunciamientos de esta atención, pues el citado Hospital no fue demandado.

Referencias

1. Coronel CC. El asma bronquial. ¿Una consecuencia de la contaminación ambiental? Rev Mex De Ped 2003; 70(4): 193-196.
2. Soto QM, Sánchez LF. Factores asociados al asma en Costa Rica: A propósito de un estudio epidemiológico. Rev Mex de Ped 1996; 63(4): 158-163.
3. Sienra-Monge JJ, Del Río-Navarro B. Asma aguda. Bol Med Hosp Infant Mex 1999; 56(3): 185-194.
4. Ramos SP, Alba RM. Nebulización continua con salbutamol. Experiencia en un Servicio de Pediatría. Rev Mex de Ped 2003; 70(2): 68-72.
5. Pacheco E, Cuevas F. Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. Incidencia y características clínico-radiológicas en lactantes hospitalizados de 1995-1996 en el Hospital Mocel. Rev Mex de Puer y Ped 2001; 8(45): 101-111.
6. James S. Pneumonia bacterial. February 13, 2007. e Medicine.
7. Lakshmi VA. Pediatrics pneumonia. March 23, 2006. e Medicine.
8. Girish S. Asthma. June 26, 2006. e Medicine.
9. Rudolph MA, Hoffman JE. Asma. Pediatría. Vol. I. Cap. 27: El pulmón. 1518 -1519.